

Autora: Liliana Belén Madrid¹

Pertenencia institucional: CONICET/CAEA - UNCPBA

Dirección electrónica: lilianabmadrid@yahoo.com.ar

Mesa 33

El nacimiento de la clínica. Ciencias sociales y salud

Coordinadora:

Licia Pagnamento (UNLP-CIMECS); pagnamento@yahoo.com.ar

Título: Concepciones de enfermedad en los programas sociosanitarios nacionales y de la provincia de Buenos Aires.

I. Introducción

En un primer momento de esta ponencia emprenderemos el desafío de revisar la bibliografía que aborda los principales modelos de salud-enfermedad con el fin de identificar la presencia de tales concepciones en las formulaciones de planes y programas sociosanitarios que actualmente se desarrollan en la Argentina.

A partir de las formulaciones de Almeida Filho y Rouquayrol (2008), quienes identifican 4 modelos teóricos, y los resultados de la investigación de Arredondo (1992) donde se identifican 11 propuestas, reconstruiremos los principales modelos de salud-enfermedad con el fin de observar la definición de enfermedad propuesta por cada modelo y los límites que presentan dichas formulaciones. Ello nos permitirá visualizar diversas perspectivas, las cuales sostienen diferentes ideas de enfermedad. Una vez realizada esta exposición haremos el ejercicio de visualizar, en programas sociosanitarios nacionales y de la provincia de Buenos Aires vigentes, perspectivas que afloran de sus diseños.

II. Concepciones de enfermedad

II. a. Modelo mágico-religioso

Este modelo entiende a la enfermedad como resultado de fuerzas o espíritus y representa un castigo divino o un estado que pone a prueba la fe religiosa. En consecuencia, las fuerzas desconocidas y los espíritus (buenos y malos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad. Este modelo facilita la aceptación de la muerte inminente pero también circunscribe la prevención a la obediencia de

¹ Magíster en Trabajo Social (UNLP, Argentina). Licenciada en Trabajo Social (UNCPBA, Argentina). Becaria Doctoral CONICET-CAEA. Docente de la Carrera de Trabajo Social (UNCPBA).

normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre. Como seguidores de este modelo podemos nombrar a las sociedades primitivas, desde la edad media hasta la actualidad, teniendo como representantes a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas (Arredondo, 1992).

II. b. Modelo biomédico (según Almeida Filho y Rouquayrol, 2008)²

Desde el campo de la medicina, la existencia de diversas perspectivas de análisis de los problemas de salud se remonta a la antigua Grecia, representadas respectivamente por la Escuela de Cos y la Escuela de Cnidos. Esta tensión entre una concepción holística del proceso salud-enfermedad, que procura comprender al individuo y sus condiciones de salud en su contexto y una concepción reduccionista y determinista que entiende a la enfermedad como un fenómeno específico que cobra entidad en si misma, se ha sostenido aún hasta nuestros días (Ciuffolini y Jure, 2006).

El modelo biomédico concibe a la enfermedad como resultado de la agresión de un agente etiológico a un organismo; un desajuste o falla en los mecanismos de adaptación del organismo o una ausencia de reacción a los estímulos conducirían a la perturbación de la estructura o de la función de un órgano, de un sistema o de todo el organismo o de sus funciones vitales (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). De este modo, observamos que valoriza el mecanismo etiopatogénico subyacente a las enfermedades y privilegia un abordaje semiológico y terapéutico de signos y síntomas. En este marco, la medicina se dedicó a detectar, a través de indicadores precisos, el momento que esta agresión se produce para combatirla o dotar al cuerpo de defensas suficientes y capaces de repeler la acción incursionista de la enfermedad.

El rasgo dominante de la biomedicina es el biologicismo que fundamenta el diagnóstico y tratamiento. Observamos en esta concepción una orientación curativa, a-histórica, a-cultural, e individualista, que instituye una relación médico³- paciente asimétrica y

² Arredondo (1992) denomina en su investigación Modelo Unicausal a la propuesta biomédica. Definimos unificar en el término Biomédico esta concepción de enfermedad para una mejor comprensión. También dentro de este modelo ubicamos el aporte de Eduardo Menéndez, quien ha descripto la categoría analítica Modelo Medico Hegemónico como la articulación del poder de la medicina con otros poderes (político, ideológico, económico, etc.) cuyos dos objetivos principales son, por un lado, subordinar otros saberes (por eso es hegemónico) y por otro, instrumentalizar una practica biologicista, positivista, deshumanizada, mercantilista, ahistórica y asocial (Maglio, 2009), donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o conjuntos son considerados siempre como “pacientes”.

³ La dimensión biológica no solo deber ser considerada un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos y donde no hay

que excluye el saber del paciente, sus referencias socioculturales (Menéndez, 2008), limitando la posibilidad de narrar su enfermedad obstaculizando la decodificación cultural y médica de los significados de dichas narrativas⁴.

La biomedicina utiliza la dimensión cultural en un sentido negativo, es decir, observa cómo dichos factores favorecen el desarrollo de padecimientos o se oponen a prácticas biomédicas que podrían abatirlos pero no se incluyen las formas de atención culturales que podrían ser utilizadas favorablemente para abatir los daños (Menéndez, 2008). Esta negación probablemente encuentra en la identificación profesional con la ciencia la exclusión de las otras formas identificadas con criterios no científicos y con la dimensión cultural. Visualizamos que el criterio decisivo refiere a la racionalidad científico-técnica.

A lo largo del proceso histórico este pensamiento lineal se mostró insuficiente para comprender y explicar la complejidad del proceso salud-enfermedad (Abed, 1993). La evidencia empírica señalaba que era necesario completar el pensamiento biológico incorporando otro elemento que, sumado al agente y al huésped, explicara porqué la convivencia de estos dos factores algunas veces producía enfermedad y otras no. Este modelo desconoce los diversos componentes subjetivos vinculados al proceso salud- enfermedad e ignora su inscripción en un contexto socio- histórico- cultural y económico, en un modo de vida (Ciuffolini y Jure, 2006). Ir mas allá de las explicaciones basadas en lo biológico y en lo individual no implica negar la biología, sino mirar los fenómenos biológicos dentro de sus contextos sociales y examinar las constantes relaciones mutuas entre lo social y lo biológico en múltiples niveles (Diez Roux, 2008).

Posiblemente la mayor crisis operada dentro de la biomedicina se dió entre mediados de los '60 y fines de los '70 (Menéndez, 2008). Las críticas iban dirigidas hacia la pérdida de eficacia de la biomedicina, hacia el desarrollo de una relación médico-paciente que no sólo negaba la subjetividad del paciente sino que incrementaba la ineficacia curativa, al desarrollo de una biomedicina centrada en lo curativo y excluyente de lo preventivo, en un énfasis de

información sistemática sobre otras formas de atención. *“El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud / enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales y en consecuencia excluidas o subalternas. (...) El médico no tiene formación sobre estos aspectos referidos a su campo específico de trabajo”* (Menéndez, 2008: 25).

⁴ Las dinámicas institucionales tienden a reforzar la orientación de la biomedicina mas allá de los discursos y reflexiones de científicos sociales y autoridades sanitarias; cada vez es menor el tiempo de consulta reduciéndose la palabra del paciente y también del médico. Saizar (2008) expone las consecuencias del tiempo dedicado a cada paciente al momento de la consulta. Señala que el mismo es cada vez menor argumentando que la sobrecarga de la demanda de la atención y la especialización en ramas conlleva el estudio de un solo sistema biológico. Así, ante un dolor de cabeza el biomédico especialista en neurología solicitara una resonancia sin tocar al paciente y un clínico derive directamente al neurólogo. Surge la sensación de desprotección del usuario y su familia, quienes se perciben solos ante la enfermedad, vagando de un consultorio a otro.

las actividades asistenciales que incrementaba constantemente el costo económico de la atención de la enfermedad, a las constantes situaciones donde se registraban transgresiones a la ética médica, etc.

Sin embargo, a pesar de las críticas, actualmente observamos una continua expansión de la biomedicina en parte dada por la medicalización no sólo de los padeceres sino de comportamientos, lo cual implica convertir en enfermedad una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran aconteceres ciudadanos⁵. Los sujetos y grupos asumen dichos aconteceres en términos de enfermedad y pasan a explicarlos y atenderlos a través de técnicas y concepciones biomédicas (Menéndez, 2008).

II. c. Historia natural de la enfermedad (HNE) (según Almeida Filho y Rouquayrol, 2008)⁶

La noción de prevención tiene como fundamento un modelo procesal de los fenómenos patológicos denominado Historia natural de la enfermedad (HNE). Se denomina así al conjunto de procesos interactivos que genera el estímulo patológico en el medio ambiente, o en cualquier otro lugar, pasando por la respuesta del hombre al estímulo, hasta las alteraciones que conllevan un defecto, invalidez, recuperación o muerte (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008; Arredondo, 1992). A través del análisis de las variables que incluye este modelo se pueden conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio, sobre los cuáles se puede actuar preventivamente (Arredondo, 1992).

El modelo considera la determinación de las enfermedades en un medio externo – interactúan agentes y determinantes (físicos, biológicos, sociopolíticos, culturales)- y en un

⁵ Un claro ejemplo de la medicalización de la vida actual son los llamados “factores de riesgo” de las enfermedades (tabaco, alcohol, etc.): si una persona los consume, ella es la única responsable, lográndose así la culpabilización de quien es, en verdad, la víctima de una adicción. El consumo de dichas sustancias no corresponde siempre a decisiones individuales; por el contrario, se encuentra condicionado por la cultura y estructurados por el mercado, como se evidencia claramente en la publicidad promocional de esos factores: cigarrillos, cervezas, etc. (Maglio, 2009).

⁶ Arredondo (1992) denomina Modelo multicausal a esta misma propuesta teórica. Por otro lado, este mismo autor identifica un Modelo ecológico, el cual tiene la misma concepción de enfermedad que el HNE, diferenciándose solo en el abordaje. A los fines de esta tesis consideramos pertinente unificar bajo el Modelo HNE el modelo ecológico señalado por Arredondo (1992). Asimismo, bajo la denominación HNE ubicaremos otro modelo teórico identificado por Arredondo (1992) denominado geográfico, teniendo en cuenta que la única diferencia que observamos en la concepción de enfermedad es que refiere a un ambiente geográfico. También es oportuno ubicar el modelo sanitarista desarrollado por Arredondo (1992), teniendo en cuenta la primacía otorgada a las condiciones ambientales insalubres, bajo la denominación HNE. También colocamos el modelo epidemiológico identificado por Arredondo (1992) dentro del modelo HNE, teniendo en cuenta que su principal preocupación es la identificación de factores de riesgo.

medio interno –espacio donde se procesarían modificaciones bioquímicas, fisiológicas e histológicas propias de una determinada enfermedad y donde actúan factores hereditarios, alteraciones orgánicas, etc. -.

El modelo de HNE entiende que la evolución de los procesos patológicos se desarrolla en dos periodos consecutivos que se articulan y se complementan: pre-patogénesis (cuando las manifestaciones patológicas aun no se manifestaron)⁷ y patogénesis (procesos patológicos que se encuentran activos)⁸. Este modelo entiende que ningún agente será por si solo suficiente para desencadenar el proceso patológico. La aparición de la enfermedad depende de la articulación de factores contribuyentes de forma tal que se configure la posibilidad del riesgo (determinantes económicos, culturales, ecológicos, biológicos, psicosociales).

Es posible advertir que el modelo de HNE representa un avance en relación al modelo biomédico en la medida que reconoce a la salud-enfermedad como un proceso de múltiples y complejas determinaciones. Sin embargo, se considera que el modelo revela un enfoque arbitrario, una descripción apenas aproximada de la realidad, sin pretensión de funcionar como un reflejo de la misma. Desde el punto de vista de Almeida Filho y Rouquayrol (2008) este modelo es sólo un cuadro esquemático dentro del cual pueden ser descriptas múltiples y diferentes enfermedades. Resaltan la crítica hacia dos aspectos fundamentales: por un lado, que la determinación de los fenómenos de salud no se restringe a la causalidad de las patologías (patogénesis) sino que, para alcanzar eficacia explicativa, necesita abrirse a procesos de promoción, protección, mantenimiento y recuperación de la salud individual y colectiva. Por otro lado, critican que la historia natural de las enfermedades no es de ninguna manera natural y destacan su carácter histórico y social. Este modelo considera al factor social como un mero elemento más al que le asigna igual importancia que al biológico para provocar la enfermedad (Abed, 1999). De manera que se traslada el determinismo

⁷ Pre-patogénesis comprende la evolución de las interacciones dinámicas entre los condicionantes ecológicos y socioeconómicos-culturales y las condiciones intrínsecas del sujeto, hasta el establecimiento de una configuración de factores propicios a la instalación de la enfermedad. Es decir, que conjuga interacciones entre elementos o factores que estimulan el desencadenamiento de la enfermedad en el organismo sano y condiciones que permiten la existencia de estos factores (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). Son considerados agentes patógenos aquellos factores que producen efectos directos sobre las funciones vitales del ser vivo produciendo la enfermedad. Tales agentes (físicos, químicos, biológicos, nutricionales o genéticos) llevan estímulos del medio externo al medio interno del hombre, operando como transmisores de una pre-patología generada y desarrollada en el ambiente. Este modelo entiende que ningún agente será por si solo suficiente para desencadenar el proceso patológico. La aparición de la enfermedad depende de la articulación de factores contribuyentes de forma tal que se configure la posibilidad del riesgo (determinantes económicos, culturales, ecológicos, biológicos, psicosociales).

⁸ Patogénesis es el estadio que se inicia con las primeras alteraciones que los agentes patogénicos provocan en el individuo afectado y se consideran cuatro niveles de evolución de la enfermedad en este periodo: interacción agente-sujeto, alteraciones bioquímicas, histológicas y fisiológicas, signos y síntomas, cronicidad.

monocausal a una serie indefinida de factores que se diluyen con lo cual lo social pierde importancia porque no le confiere especificidad. No establece el peso específico de cada factor y continúa un énfasis sobre lo biológico e individual, mientras que lo social aparece incluido en el entorno (Arredondo, 1992). En este mismo sentido, Diez Roux (2008) señala que el modelo ha sido útil a la epidemiología porque permitió considerar la posibilidad de que diversos factores estén involucrados en la formación de un patrón determinado de salud y enfermedad, pero, a su vez, la aplicación generalizada del mismo ha hecho que la investigación epidemiológica quede reducida a las asociaciones entre un factor y una enfermedad. El modelo tiende a favorecer implícitamente las determinaciones más próximas e inmediatas en detrimento de los niveles más distantes y sociales.

II. d. Modelo histórico-social⁹

Cuando analizamos esta perspectiva observamos que existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Todos los factores causales se permean por lo social-histórico. Visualizamos que introduce cinco variables para el análisis del objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo. Su aporte especial es que incorpora la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan (Arredondo, 1992). Por su parte, Laurell (1986) señala que el carácter histórico y social del proceso biológico se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente. Afirma que lo mas evidente es la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que podemos descubrir en el tipo de patología y por la frecuencia con la cual se presenta; estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social y otra.

⁹ Dentro de este modelo incluiremos el denominado social por Arredondo (1992) ya que identifica como determinantes de la salud-enfermedad a las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de la población. También comparten ambos modelos el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales. También incluiremos el Modelo económico identificado por Arredondo (1992) ya que para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad. Comparte con el modelo social e histórico-social el riesgo de tomar una posición reduccionista, en este caso hacia lo económico, ya que se plantea un exceso de racionalidad en el análisis de los determinantes.

Al igual que el modelo social, en la aplicación de este modelo histórico-social existe el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y de la dimensión histórica (Arredondo, 1992).

II. e. Modelo sistémico

A continuación discutiremos un modelo abarcativo de salud-enfermedad que combina un fuerte sustrato ecológico con la perspectiva sistémica, enriqueciendo un cuadro teórico valioso para la comprensión de sistemas epidemiológicos concretos (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). Este nuevo paradigma se sustenta entre otras en la teoría de los sistemas, desde la cual al rescatar el carácter relacional de los distintos componentes de un fenómeno, pretende superar la tendencia reduccionista de un modelo que postula que el conocimiento de fenómenos complejos se sostiene en la fragmentación sucesiva de sus componentes. El concepto de sistema refiere al conjunto de elementos relacionados de forma tal que un cambio en el estado de cualquier elemento provoca un cambio en el estado de los demás elementos (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008).

Desde esta perspectiva, el enfermar es un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales, sus condiciones sociales, culturales, económico-políticas y medioambientales. La causalidad ya no se entiende como un fenómeno lineal, sino como un proceso dinámico y multivariado (Ciuffolini y Jure, 2006). La estructura general de un determinado problema de salud puede ser entendida como una función sistémica. Este sistema se entiende como el conjunto formado por el agente patógeno, el sujeto susceptible y el ambiente, dotado de una organización interna que regula las interacciones determinantes de la producción de enfermedad, juntamente con los factores vinculados a cada uno de los elementos del sistema. La gran mayoría de las enfermedades resulta de una conjunción de factores extrínsecos, situados en el medio ambiente, y de factores intrínsecos propios del ser vivo afectado (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008).

Este nuevo paradigma no pretende reemplazar ni negar los innumerables aportes científico-técnicos del paradigma biologista, sino que procura una contribución a la comprensión y al abordaje de la complejidad inherente al proceso salud- enfermedad (Ciuffolini y Jure, 2006).

II. f. Modelos Socioculturales¹⁰

¹⁰ Arredondo identifica con la denominación modelo interdisciplinario a estos determinantes de la salud-enfermedad.

Si consideramos las contribuciones de las ciencias humanas y sociales al campo de la salud y las críticas a los modelos convencionales de enfermedad, otros enfoques pretenden valorizar elementos psicosociales y culturales de salud.

En este sentido, el desarrollo del conocimiento epidemiológico ha demostrado que la determinación social de la frecuencia y distribución de los eventos patológicos se encuentra a un nivel jerárquicamente superior a la determinación biológica y psicológica de los mismos. Desde esta perspectiva, lo anterior significa que es mucho más importante la ubicación que cada individuo tiene dentro de las clases y estratos sociales, que su raza, carga genética o herencia para desarrollar nuevas patologías que en conjunto lo conducirán a la muerte.

Retomamos el aporte de Kleinman (1978), Eisenberg (1978) y Good (1978) para avanzar hacia un modelo que permita integrar los aspectos sociales y culturales. Como explican Almeida Filho y Rouquayrol (2008) este modelo diferencia las dimensiones individuales y culturales de la enfermedad como fenómeno biológico. Desde esta perspectiva el funcionamiento patológico ocurre independientemente de su reconocimiento o percepción por el individuo o ambiente social. Consideran a la enfermedad como alteraciones o disfunciones de procesos biológicos y/o psicológicos definidos según concepción biomédica. Pero agregan el concepto de *sickness* refiriéndose a los procesos de significación de la enfermedad como también a la reacción social frente a la enfermedad. Consideran la categoría de padecimiento la cual incorpora la experiencia y la percepción individual relativa a los problemas derivados de la patología. Más allá de los significados culturales, inciden también aspectos simbólicos particularmente formadores de la propia enfermedad en el ámbito psicológico individual, tanto como los significados creados por el paciente para gerenciar el proceso patológico. Mas tarde, estos mismos autores revisan su propuesta teórica y defienden que *sickness* y padecimiento son construcciones sociales. El padecimiento se refiere a la forma en que el sujeto enfermo percibe, expresa y lidia con el proceso de enfermar. La enfermedad es anterior a *sickness*, la cual es producida a partir de la reconstrucción técnica del discurso profesional en el encuentro con el paciente, a partir de una comunicación en torno del idioma culturalmente compartido de la enfermedad.

Good y Good (1979), discípulos de Kleinman, reforzando la perspectiva del relativismo intra e intercultural de la enfermedad, postulan que las fronteras entre lo normal-patológico y salud-enfermedad serian establecidas por las experiencias de enfermedad en diferentes culturas, a través de las formas en que son narradas y por los rituales empleados para reconstruir el mundo que el sufrimiento destruye. Desde esta perspectiva, la enfermedad (y la salud) no es una cosa en sí, ni la representación de esa cosa, sino un objeto fruto de esa

interacción, capaz de sintetizar múltiples significados. Estos autores señalan que la interpretación de los síntomas como manifestación de la realidad biológica subyacente es una característica de la racionalidad biomédica

Asimismo, Young (1980) realiza una crítica a la teoría de los modelos de enfermedad propuesta por Kleinman y Good-Good. Señala que estos modelos consideran al individuo como objeto y terreno de los eventos significativos de la enfermedad pero no relatan los modos a través de los cuales éstos se conforman y distribuyen. El autor también considera que la distinción entre patología y enfermedad se muestra insuficiente para dar cuenta de la dimensión social del proceso de enfermar. Para superar las limitaciones Young propone tres categorías con nivel jerárquico equivalente para definir el proceso de enfermar (enfermedad, padecimiento, sickness), concediéndole mayor relevancia teórica al componente sickness. Desde esta perspectiva el concepto de enfermedad transforma signos de comportamiento desviantes y señales biológicas en síntomas y eventos socialmente significantes. Para el autor, sickness es un proceso de socialización de la enfermedad y del padecimiento.

Este proceso de construcción social de la enfermedad se da, en parte, al interior y a través de los sistemas médicos, articulados a los circuitos ideológicos más amplios en la sociedad. Esta dimensión ideológica, a través de los saberes y prácticas de salud, reproduce visiones específicas del orden social y actúa en el sentido de su mantenimiento. Las representaciones sobre la enfermedad constituyen, en última instancia, elementos de mitificación de su origen social y de las condiciones sociales de producción del conocimiento. La traducción de formas de sufrimiento (sickness) derivadas de las relaciones de clase en términos médicos constituye un proceso de neutralización que sigue los intereses de las clases hegemónicas. Es decir, mediante el proceso de medicalización, la condición de enfermo queda reducida al nivel biológico individual, desconsiderándose su dimensión social, política e histórica.

II. g. A modo de resumen:

MODELO	CONCEPCIÓN DE ENFERMEDAD	PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS
MODELO MÁGICO-RELIGIOSO	Resultado de fuerzas o espíritus. Representa un castigo divino o un estado que pone a prueba la fe religiosa.	Prevención: obediencia a normas y tabúes Curación: ejecución de ritos Facilita la aceptación de la muerte El sujeto tiene un rol pasivo-receptivo
MODELO BIOMÉDICO	Resultado de la agresión de un agente causal (etiológico)	Biologicismo A-histórico A-cultural (dimensión cultural en un sentido negativo) Racionalidad científico – técnica

		Individualista Relación médico- paciente asimétrica Excluye el saber del paciente (referencias socioculturales)
HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD (HNE)	Proceso de múltiples y complejas determinaciones	Medio interno: espacio donde se procesarían modificaciones bioquímicas, fisiológicas e histológicas propias de una determinada enfermedad y donde actúan factores hereditarios, alteraciones orgánicas, etc. Medio externo: interactúan agentes y determinantes (físicos, biológicos, sociopolíticos, culturales)
MODELO HISTÓRICO-SOCIAL	Expresión de procesos sociohistóricos que se expresan en el plano individual y psicobiológico. Relacionada al contexto histórico, modo de producción y clases sociales	Tipo de patología y frecuencia se diferencian entre sociedades y clases sociales.
MODELO SISTÉMICO	Fenómeno complejo, dinámico y multivariado ligado a la subjetividad, circunstancias vitales, condiciones sociales, culturales, económico-políticas y medioambientales	Postula que no se pueden fragmentar los componentes de los fenómenos. Considera que cambios en un elemento provoca alteraciones en todos
MODELOS SOCIOCULTURALES	Enfermedad (concepción biomédica) Padecimiento (construcción social) Sickness (construcción social)	Comprende las alteraciones o disfunciones de procesos biológicos y/o psicológicos Incorpora la experiencia y la percepción individual relativa a los problemas derivados de la patología Involucra los procesos de significación de la enfermedad y reacciones sociales, como también la socialización de la enfermedad y del padecimiento.

III. Concepciones de enfermedad en programas sociosanitarios

A continuación proponemos observar objetivos de algunos programas y poder visualizar elementos que nos permiten introducirnos en la visión de enfermedad que prima en ellos. Para este ejercicio, consideramos el Programa Materno Infantil dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y el Plan Mas Vida y Servicio Alimentario Escolar de la Provincia de Buenos Aires.

DENOMINACIÓN	DEPENDENCIA	OBJETIVOS
Programa Materno Infantil	Dirección Nacional de Maternidad e Infancia - Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios - Subsecretaría de Salud Comunitaria - Ministerio de Salud de la Nación.	Reducir las probabilidades de enfermar o morir de la población de mujeres, niños, niñas y adolescentes. Reducir las desigualdades entre los indicadores de salud correspondientes a cada uno de los géneros, las distintas áreas geográficas, los niveles socio-económicos, etnias, etc. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, así como las posibilidades de acceso a ellos de toda la población, en especial de los más desfavorecidos. Promover la participación ciudadana en las cuestiones relacionadas con la salud materno-infantil de la población. Para la implementación de las políticas de salud materno infantil fueron fijados tres ejes estratégicos prioritarios: Salud Perinatal, Salud Integral del Niño y Salud Integral en la Adolescencia.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación
<http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/index.htm>

Entendemos que la reducción de probabilidad de enfermar o morir de la población no puede ser abordada por un programa socio sanitario. Excepto que desconozcamos la causalidad social del proceso de salud enfermedad. Claro esta que la redacción de los

objetivos pone en evidencia una concepción individual de los problemas de salud de la población, de hecho, la denominada participación de la población es una acción para responsabilizar a los sujetos de su propio estado. Este análisis, restringido a los objetivos, permite visualizar como la accesibilidad a los servicios de salud se entiende como tener un centro asistencial cercano al domicilio o tal vez la gratuidad, sin embargo, es pertinente señalar que la accesibilidad a la salud es aún mucho más que eso.

La causalidad de la enfermedad no puede ser reducida a un problema individual de índole biológica y consecuentemente de disfunción o alteración orgánica. Por el contrario, la enfermedad posee además un significado y un sentido vinculado al contexto social y cultural de pertenencia del individuo y de su red de relaciones sociales (familia, creencias, valores, amistades, entorno laboral) en el cual también hay que situar y analizar no sólo su causalidad sino también su tratamiento. El modelo biomédico minimiza la importancia de la causalidad social y cultural en la génesis de la enfermedad, recurriendo para ello a estrategias ideológicas como la medicalización de variados aspectos de la vida cotidiana, como el embarazo, el nacimiento, la crianza, la alimentación, etc.

DENOMINACIÓN	DEPENDENCIA	OBJETIVOS
Plan Mas Vida	Subsecretaría de Políticas Sociales -Ministerio de Desarrollo Social	General: Disminuir el impacto de la pobreza en la población materno-infantil en situación de vulnerabilidad (biológica, psicológica y social) para mejorar las condiciones de educabilidad. Específico: Mejorar las condiciones de nutrición, crecimiento y desarrollo de la población materno-infantil, fortaleciendo las capacidades de las familias y consolidando redes comunitarias.

Fuente: Ministerio Desarrollo Social Provincia de Buenos Aires
http://www.desarrollosocial.gba.gov.ar/programas/01_mas_vida/index.htm

Observamos un desencuentro entre la naturaleza del problema –el alimentario- y las características de los programas. La inseguridad alimentaria se vincula de manera casi indisoluble con la situación de pobreza material y simbólica en la que se encuentran inmersos cientos de miles de hogares de nuestro país. Por otro lado, ello se asocia con deficiencias nutricionales específicas que, sumadas a dificultades de acceso a los servicios básicos, afectan las posibilidades de los niños y niñas a crecer y desarrollarse adecuadamente. Algunos elementos suelen caracterizar planes y programas alimentarios, así podemos visualizar desencuentros entre perfil nutricional y tipo de prestación. En este sentido, los programas asistenciales reparten cereales y leche para complementar la alimentación en la población pobre. Esta selección de productos desconoce que la desnutrición en Argentina es proteica y no calórica, lo cual coloca en el fracaso reiterado los programas de refuerzos de ingesta ca-

lórica (con harina, polenta y fideos). Quizás ello se deba a puras razones económicas ya que los productos secos son transportables, baratos y provistos por la gran industria, concentrada en el eje fluvial- industrial y principal proveedora del aparato estatal. También la bibliografía nos permite observar desencuentros entre población vulnerable y la cobertura de los programas, entre objetivos y características de la intervención y fragmentación de las intervenciones -características tal vez histórica de estos programas-. En parte, una buena cantidad de estas observaciones remiten a considerar el problema solo en términos biológicos, es decir, se hace una vinculación directa en malnutrición -entendida tanto por déficit como por exceso- y el consumo de alimentos tanto en calidad como en cantidad. Esta visión desconoce que el problema alimentaria supera la dimensión biológica, y debe ser entendido en toda su complejidad. Encarar el problema de la malnutrición desde una interpretación sociocultural nos permite abordar la enfermedad como un proceso de construcción social, revalorizando aspectos sociales y culturales despreciados por diversas configuraciones teóricas, incluso aquellas predominantes.

La incorporación de una perspectiva socio-cultural permite dejar atrás una visión monocultural e incorporar aspectos coherentes con la concepción de la enfermedad como construcción social. Esto implica pensar como ha señalado Breilh (2009) que la realidad se halla en permanente movimiento, en términos de un proceso dialéctico y multidimensional, oponiéndonos a pensar que los fenómenos de la realidad se desarrollan aislados y solo se entrecruzan por vínculos externos, todo lo cual niega la posibilidad de transformación.

Hemos argumentado acerca de las limitaciones de los enfoques reduccionistas de entender la salud y la enfermedad. Así la reducción de los fenómenos sociales implica que las complejidades de la naturaleza y de la sociedad se descomponen en piezas y se estudian por separado, suprimiendo las conexiones e interrelaciones entre las esferas social y natural. Ello ha contribuido a ocultar en qué medida, quienes disponen mayoritariamente de los recursos tanto materiales como simbólicos, y quienes también ejercen dominio sobre las ideas y las vidas de las personas.

DENOMINACIÓN	DEPENDENCIA	OBJETIVOS
Servicio Alimentario Escolar	Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Políticas Sociales Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia.	<p>General Mejorar la aptitud para el aprendizaje y las condiciones de salud de la población escolar de la Provincia de Buenos Aires, garantizando una cobertura nutricional uniforme a todos los niños.</p> <p>Específicos Desarrollar modalidades prestacionales inclusivas y no discriminatorias sobre el trasfondo de una cobertura alimentaria básica y universal que, garantizada por el Estado, atiendan a las situaciones críticas de alimentación y nutrición.</p>

		<p>Mejorar la oferta alimentaria a través de la propuesta de Menús Básicos indicativos de todas las modalidades prestacionales destinados a los consejos escolares y establecimientos educativos. Estructurar acciones conjuntas con los otros programas alimentarios (particularmente: Programa Unidades de Desarrollo Infantil, Plan Más Vida y Servicio Alimentario Familiar) vinculados a la atención de la población en edad preescolar que ayuden a garantizar una asistencia alimentaria adecuada y el ingreso y permanencia en la educación general básica.</p> <p>Generar mecanismos de participación social local, involucrando a todos los actores con responsabilidades institucionales, que posibiliten la correcta asignación y distribución de las raciones de las modalidades y los recursos alimentarios concurrentes con el resto de los programas y proyectos alimentarios.</p> <p>Lograr la máxima optimización de los recursos económicos del programa mediante el mejoramiento de los sistemas de compras, provisión y control de calidad de los alimentos y la puesta en marcha de proyectos de autoproducción (Ej. huertas, granjas, panaderías escolares, etc.).</p> <p>Concurrir en acciones, disposiciones y resoluciones conjuntas y/o por área de competencia, en acuerdo de partes que permitan:</p> <p>Optimizar las capacidades de gestión de los responsables del servicio alimentario a nivel de consejos escolares y establecimientos.</p> <p>Calificar al personal de cocina en todos los aspectos relacionados a las mejoras de calidad de la comida elaborada.</p> <p>Involucrar e instruir a los otros participantes (personal docente, no docente, padres y miembros de cooperadoras) en aspectos básicos de nutrición.</p> <p>Generar espacios educativos sobre nutrición y cambio de hábitos alimentarios.</p> <p>Lograr establecer un marco normativo-legal que garantice la sustentabilidad y fluidez en la disposición de recursos, su adecuado contralor y establezca mecanismos ágiles de corrección y sanción ante los desvíos e incumplimientos.</p>
--	--	---

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires
http://www.desarrollosocial.gba.gov.ar/programas/04_sae/index.htm

Es posible advertir una continuidad de la perspectiva que vincula lo alimentario a la dimensión biológica. Así puede observarse en la redacción de los objetivos la preocupación por la cantidad y calidad alimentaria, por la capacitación de quienes cocinan, por los mecanismos administrativos que no obstaculicen el suministro de recursos alimentarios o mejorar los sistemas de compras. Entendemos pertinente señalar que, si bien es importante que se consideren esos aspectos, este programa en particular, como también los otros analizados, desconsideran aspectos sociales y culturales en su formulación. De hecho podrían considerar la voz de los chicos para definir menús o formas de cocción. Escuchar lo que el niño “trae”, lo que tiene para “decir” y observarlo a través de las diversas formas expresivas implica otorgar un papel protagónico a las manifestaciones de ese niño para concebirlo como sujeto activo del diagnóstico y del tratamiento¹¹. Esto demanda comprender que los niños y

¹¹ Según establece la Convención Internacional de los Derechos del Niño, los niños pueden opinar, decidir, informarse y participar. El niño conceptualizará la noción de derecho en función del conjunto de experiencias en las que participa cotidianamente, es decir, por los tipos de prácticas que se le ofrecen en los ámbitos institucionales primarios: la familia y la escuela, como así también, la pertenencia de clase, las relaciones instauradas por la escuela, etc. La posición de los adultos en este proceso es relevante en la medida en que favorece, o no, la apropiación de los derechos por parte de los niños, lo que no impide al sujeto infantil emitir

niñas no son previos a la sociedad y que sus características no son sólo consecuencia de su biología. Implica oponerse a perspectivas que asumen que los procesos sociales (incluida la desigualdad) son consecuencia de las características biopsicológicas de los individuos.

IV. Bibliografía

ABED, L. (1993). “El proceso de salud enfermedad. Alcances y limitaciones del modelo biológico: propuestas superadoras. Circulación y transferencia social de las funciones y su ejercicio” en Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, *Modulo I Salud y Sociedad, Posgrado en Salud Social y Comunitaria*, Buenos Aires.

ALMEIDA FILHO, N. Y ROUQUAYROL, M. (2008). *Introducción a la Epidemiología*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

ARREDONDO, A. (1992). “Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud enfermedad”. *Cuadernos de Salud Pública Volumen 8 Nro.3*.

BREILH, J. (2009). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

CIUFFOLINI M. Y JURE H. (2006). “Estrategias de comprensión integral del proceso salud / enfermedad: aportes desde la perspectiva de vivienda saludable”. *Revista virtual del Centro de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba* 3.

DIEZ ROUX, A. (2008). “Genes, individuos, sociedad y epidemiología” en Spinelli, H. (comp.) *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

LAURELL, A. (1986). “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”. *Cuadernos Médicos Sociales Nro 36*.

MENÉNDEZ, E. (2008). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” en Spinelli, H. (Comp.), *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

juicios e ideas propias acerca de estas normas y elaborar conclusiones a partir de las situaciones que lo tienen o no como protagonistas.